

## VERBINDLICHE ANMELDUNG ZUM REVISIONSKURS 2025

E-MAIL: [INFO@TEC2-ENDO.DE](mailto:INFO@TEC2-ENDO.DE) FAX + 49 (0) 83 31 -98 09 07

Herr  Frau  Ausbildungs-Assistent (Nachweis erforderlich)

Titel, Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefon

Mobil

Name, Anschrift  
Zahnarztpraxis

**Bei Wohnsitz bzw. Praxisstandort außerhalb Deutschlands:**

Angestelltenverhältnis

Selbstständig

wenn ja:

Nachweis über die  
Unternehmereigenschaft innerhalb der  
EU durch die  
Umsatzsteueridentifikations-Nummer

außerhalb der EU durch  
Unternehmerbescheinigung der  
zuständigen Stadt/Gemeinde oder  
Finanzverwaltung

Die Teilnahmebedingungen/AGB's von TEC2 habe ich gelesen und akzeptiert

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kursteilnehmer-/in

### Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

- Ich wünsche die einmalige Bezahlung des Gesamtbetrages per **Überweisung**
- Ich wünsche die Bezahlung als Ratenzahlung per Lastschriftzug gem. SEPA-Mandat in **zwei Teilraten** zzgl. **Verwaltungspauschale 50,-€**  
(Bitte BEIBLATT SEPA-MANDAT auf der 2. Seite zusätzlich ausfüllen)

### Rechnungsadresse:

- Rechnung an Privatadresse
- Rechnung an einen alternativen Rechnungsempfänger (z.B. Arbeitgeber-in / Praxis) \*

### \*ACHTUNG:

Bei Zahlung durch einen alternativen Rechnungsempfänger

Verantwortliche(r) bzw. Schuldner(in) für die Gesamtsumme des Kurses ist:

Titel, Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Die Teilnahmebedingungen/AGB's von TEC2 habe ich gelesen  
und akzeptiert

\_\_\_\_\_  
Unterschrift in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaber-in

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen jetzt schon viel Erfolg!

Ihr TEC2-Team

## BEIBLATT SEPA-MANDAT

E-MAIL: [INFO@TEC2-ENDO.DE](mailto:INFO@TEC2-ENDO.DE) FAX + 49 (0) 83 31 -98 09 07

### Erteilung SEPA-Lastschriftmandat:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Teilnahmebedingungen/AGB's von TEC2 habe ich gelesen und akzeptiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber-in

### Information zur Ratenzahlung

Die vier Teilraten korrelieren nicht mit den vier Präsenz-Kurs-Wochenenden.

Eine vorzeitige Beendigung des Kurses entbindet nicht von der vollständigen Bezahlung des Kurses

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verantwortliche(r) bzw. Schuldner(in)